



TITLE:

虫垂炎手術時発見された総腸間膜症の1例

AUTHOR(S):

村川, 繁雄; 宮本, 上総; 榎藤, 勇

CITATION:

村川, 繁雄 ...[et al]. 虫垂炎手術時発見された総腸間膜症の1例. 日本外科宝函 1958, 27(3): 807-811

ISSUE DATE:

1958-05-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/206622>

RIGHT:

虫垂炎手術時発見された 総腸間膜症の1例*

大阪医科大学 外科教室 (指導 麻田栄教授)

村 川 繁 雄・宮 本 上 総・権 藤 勇

〔原稿受付 昭和32年12月17日〕

EIN FALL VON MESENTERIUM COMMUNE

von

SHIGEO MURAKAWA, KAZUSA MIYAMOTO und ISAMU GONDO

Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Hochschule Osaka
(Direktor: Prof. Dr. Sakae Asada)

Ein 19 jähriger Patient. Seit der Kleinkindzeit hat er öfter an unbestimmten Leibschmerzen gelitten. Nun wurde er am 19. 11, 1956 plötzlich von einem heftigen Schmerzanfall im Epigastrium überfallen. Die Schmerzen lokalisierten sich dann allmählich in die Ileocoecalgegend. Défense musculaire sowie Druckempfindlichkeit von der Ileocoecalgegend bis links etwa unterhalb des Nabels nachweisbar. Sowohl Blumbergsches wie Rosensteinsches Zeichen positiv. Körpertemperatur 37.9 C, Leukozytenzahl 11,000.

Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie wurde der Blinddarm median in der Beckenhöhle gefunden, weshalb das Auffinden des Wurmfortsatzes ebenfalls Schwierigkeiten bereitete. Dieser zeigte eine gangränöse Entzündung. Eine genaue Untersuchung intra operationem ergab folgende Befunde: das Duodenum ist nicht C-förmig gestaltet, sondern verläuft rechts neben der wirbelsäule senkrecht nach unten. Der Anfangsteil des Jejunum erscheint, ohne vorher unter dem Mesenterium durchzugehen. Die Dünndarmschlinge nimmt die rechte Bauchhöhle ein und das Ileum tritt von rechts an den Blinddarm heran. Der aufsteigende Dickdarm ist zusammen mit den gesamten ihm folgenden Darmteilen in die linke Bauchhöhle verlagert.

In diesem Fall handelte es sich also um Appendizitis acuta bei einem auf das Fehlen der Drehung der Nabelschleife in der 2. Entwicklungsperiode zurückzuführenden Mesenterium commune. Außerdem zeigte das Mesenterium stellenweise narbige Schrumpfung und im Ileocoecalwinkel fanden sich vergrößerte Mesenterialdrüsen. Wir sind der Meinung, dass die Darmdrehung sich hier noch in der Bereitschaft befindet.

我々は最近急性虫垂炎の診断で開腹したところ、総腸間膜症のため虫垂の発見にやゝ困難を感じた1例を経

* (本論文の要旨は昭和22年2月京都外科集談会にて発表した.)

験したので、此処に報告し、諸賢の御批判を抑ぎたい。

症 例

19才男子。(昭和31年11月19日入院)

主訴：下腹部痛。

家族歴に特記すべきものはないが、幼少の頃からしばしば不定の腹痛、胃部鈍重感、慾食不振等を訴え、便通は数日に1行である。

現病歴：約24時間前、突然心窩部痛を覚え、悪心を伴ったが、痛みはその後次第に下腹部から廻盲部に限局し、強さも増したので入院した。

現症：体格中等、栄養良好、体温37.9°C、脈搏67整調、血圧120/60mmHg。舌は灰白色の苔を被い、胸部には著変を認めない。腹部は臍から廻盲部にわたり軽度のデスファンスがあり、廻盲部及び左下腹部に圧痛を証明する。プルンベルグ、ローゼンスタイン氏症候共に陽性、白血球数11000。以上の所見より急性虫垂炎と診断、直ちに開腹した。

手術所見：腹直筋外縁切開により開腹、少量の腹水を認めた。型の如く右腸骨窩に盲腸を求めたが見出し得ず、切開を上下に延長し探索したところ、盲腸は骨盤腔内で正中線上に存在しており、虫垂はその先端にあつて暗赤色を呈し、炎症性浮腫著明であつた。更に精査するに、空腸起始部は横行結腸間膜をくぐらずに脊椎のすぐ右側を下降し、小腸は腹腔の右半分を占め、結腸以下は左半側に偏在していた。廻盲部では腸間膜リンパ節が10数ヶ所指頭大に腫脹しており、小腸はそれに続く盲腸、上行結腸、並びに横行結腸と共通の腸間膜を有している総腸間膜症である事が判明した。盲腸、上行結腸は著しい移動を示したが、固定等の操作は実施せず、虫垂切除のみを行い、一次的に腹壁を閉鎖した。切除虫垂には壊疽性炎症を認めた。

術後：術後10日目に左腹部に痙痛発作があつたが、数時間で消失し、術後13日目に全治退院した。

術後レ線検査所見：バリウムの経口投与後胃腸の透視を行つた。十二指腸は通常の如く、C字型を呈することなく、脊柱右側を真直ぐに下降して空腸に移行、十二指腸空腸彎曲部が見られない(図1)。小腸は腹腔の右半側に偏在する(図2)。9時間後には僅かに廻腸末端部の陰影が見られ、これが右方から盲腸へ開口している。盲腸は正中線上で骨盤窩にあり、これに続く上行結腸は脊椎の左側を急角度に上昇し、従つて肝彎曲部はなく、上行結腸、極めて短かい横行結



図1 胃及び十二指腸



図2 胃、十二指腸及び小腸

腸及び下降結腸が左腹腔を占めている(図3)。

考 察

①総腸間膜症とは、周知の如く、胎生期の腸管廻転異常のため、小腸と結腸とが共通の腸間膜を有するものをいうが、本症を初めて記載したのは Zoega von Manteuffel (1899)¹⁾で、以来多数の報告があるが、²⁻⁸⁾本症に於ける奇型の程度と廻転異常の因果関係につき詳細な研究を行つたR. Sandera⁹⁾の説に従つて本症を考察してみたい。

胎生初期に於て、消化管となるべき部分は、矢状面に於て、前後に腸間膜を有する簡単な管で、前腸、中腸、後腸に分けられるが、この中腸から将来小腸、

盲腸，上行結腸及び横行結腸の右半分が生じて来る。

胎生2ヵ月の中頃に胃と肝臓が急激に大きくなる為，中腸は一時臍輪の外に押し出されて臍帯ヘルニアの状態となるが，この時期が廻転第一期で，次いでその前脚が著しく發育し，その長さや容積を増す。中腸は再びヘルニア囊から脱出し腹腔に戻る（図4）。この際に上腸間膜動脈を軸として，前脚即ち小腸となる部は後方へ，後脚即ち大腸となる部分は前方へ廻転し，盲腸は肝臓下面に位置するに到る。この時期が廻転第二期で，胎生3ヵ月頃に終了する（図5,6）。続いて第三期には結腸が發育し，盲腸は右下方へ向つて移動しつつ，体壁後腹膜と癒着し，結腸間膜が消失する。



図3 廻腸末端，盲腸，上行結腸及び下行結腸

この時期は胎生9ヵ月至乃10ヵ月である。

上記の廻転に異常があると，次の如き総腸間膜症が発生する。

〔1〕 第二期廻転異常

a) 中腸蹄係廻転欠如，小腸と結腸が交叉していない（図7）。

b) 中腸蹄係逆転，小腸が結腸の前方を下行する（図8）。

c) 中腸蹄係錯誤廻転，前脚が逆廻転し後脚が正常廻転を行うもの，胃の下面で両者が衝突しどちらも目的の場所に達し得ず，狭小な腸間膜で腸管はU字型をなし腹腔に懸垂する（図9）。

廻転第2期 進行中

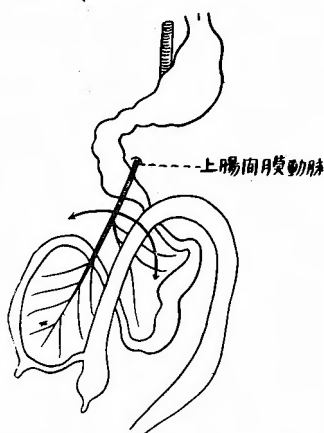


図5

廻転第1期

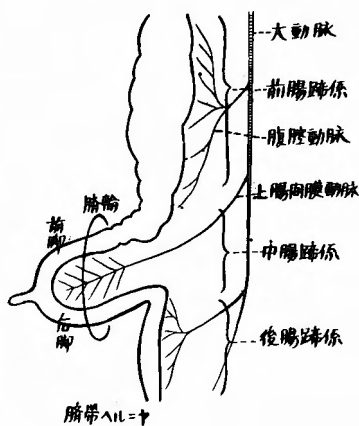


図4

廻転第2期 終了

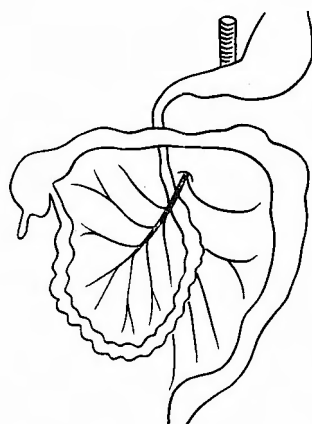


図6

中腸蹄係迴転欠如

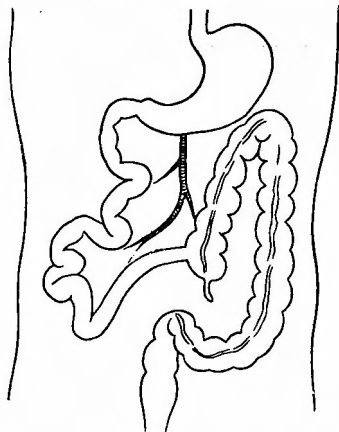


図 7

中腸蹄係錯誤迴転

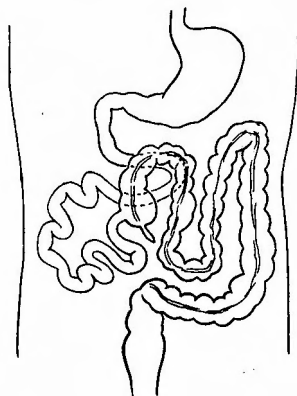


図 9

中腸蹄係逆迴転

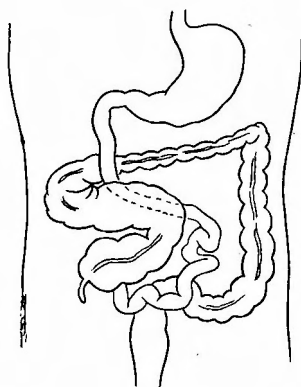


図 8

〔2〕第三期発育異常：結腸の発育障害，盲腸の右下方移動不全，結腸の位置異常が起る。

以上の如くであるが，この中最も多いのは第三期発育異常，次は第二期廻転欠除であつて，他は比較的稀にしか見られない。本症例は手術並にX線所見から，明らかに第二期廻転欠除と考えられる。

②総腸間膜症が外科的に重要なのは，本症に急性虫垂炎が合併すると，虫垂が正常位置に存在せず虫垂の発見が困難となること¹⁰⁾，及び本症には腸軸転，腸重積等の重篤なイレウスが合併し易いためという事が出来る。

我々が調査したところでは，総腸間膜症に虫垂炎が

発生した症例では，いずれも虫垂の発見が容易でなく，右傾斜位切開にて虫垂を発見し得ず，左傾斜位切開を加えて初めて虫垂切除を行い得た報告や^{11)~15)}，第一回手術でどうしても虫垂を求め手術でどうしても虫垂を求め得ず，レントゲン透視の後に再び手術を行い，虫垂切除が可能であつた症例も見られる¹⁶⁾。

更に重要な合併症のイレウスとしては，とくに軸転が多く見られ，その原因は腸間膜の全般的な過長と同時に腸間膜附著部が狭小であること，更に腸間膜の癒着性萎縮や癒着等が存在する故とされる^{17)~19)}。即ち，かゝる状態であるところへ妊娠，分娩，便秘，下痢，咳嗽，怒責，腹部打撲などの誘因が加わり，高度な軸転が起るのである。軸転が統計的に30-50代に多いのも，かゝる年代の人々では既に腸間膜の癒着，萎縮，癒着等が存在している事が多い故と考えられている。

我々の症例でも，既述の如く，腸間膜リンパ節が多数腫脹し，なお一部腸間膜が萎縮癒着化していたが，これは著者の既往歴と照し合せ，やはり軸転の準備状態にあるものと考えられるので，現在もその後の経過を観察中である。

む す び

虫垂切除のため開腹したところ，虫垂の発見が容易でなく，これは中腸蹄係第二期廻転欠除の総腸間膜症の故である事を認めた。総腸間膜症の外科的重要性について一二の考察を加えた。

参 考 文 献

1) Zoega von Manteuffel: Die Achsendrehungen des Coecums. *Verbandl. d. Dtsch. Ges. f. Chir.* 27. Kongress, II, s. 546, 1898. 2) Gardner, C. E. & Hart, D.: Anomalies of intestinal rotation as a cause of intestinal obstruction. *Arch. Surg.* 29, 942, 1934. 3) Gardner, C. E.: The surgical significance of anomalies of intestinal rotation. *Ann. Surg.* 131, 879, 1950. 4) Findlay, C. W. & Humphreys, G. H.: Congenital anomalies of intestinal rotation in the adult. *Surg. Gynec. & Obst.* 103, 417, 1956. 5) 中田瑞穂: 総腸間膜症に就いて, *グレンツゲビート*, 2, 1577, 昭3. 6) 武藤完雄: 総腸間膜症, *東西医学*, 2, 997, 昭10. 7) 長岡浩: 術前に総腸間膜症を知り得たる高度の廻盲部重積症, *日外宝*, 17, 1281, 昭15. 8) 久崎章: 総腸間膜症知見補遺, *外科*, 15, 591, 昭28. 9) R. Sandera: Diagnose und

Differentialdiagnose des Mesenterium ileo-Colicum Commune in Röntgenbild, *Fortchr. auf d. Gebiet d. Röntgenstr.* 43, 207, 1931. 10) 茂木歳助: 虫垂炎に於ける虫垂発見内至切開困難なる場合の処置, *日本医事新報*, 1048, 2323, 昭17. 11) 永井駿: 総腸間膜症の一例, *岡山医学会雑誌*, 3, 480, 昭18. 12) 森田正雄: 所謂総腸間膜症例, *日本臨床外科学会雑誌*, 6, 581, 昭18. 13) 丸山輝夫: 所謂廻結腸共通間膜症の一例, *外科*, 15, 589, 昭28. 14) 八塚八: 総腸間膜症の一例, *外科の領域*, 2, 72, 昭29. 15) 渡会茂男: 総腸間膜症による左側虫垂突起炎, *日本外科学会雑誌*, 42, 1415, 昭16. 16) 奥村謙四郎: 総腸間膜の2例, *日本放射線学会誌*, 5, 40, 昭12. 17) 池田貴美子: 総腸間膜症に発生した腸閉塞2例, *外科*, 11, 242, 昭24. 18) 江本俊秀: 胃穿孔性潰瘍を伴へる総腸間膜症による全小腸軸捻転の1例, *臨床外科*, 3, 331, 昭23. 19) 円野与三太: 生後3日目に症状を現した総腸間膜症例, *外科の領域*, 2, 202, 昭29.

発病後11年を経過せる慢性腸重積症の1例*

京都大学医学部外科学教室第2講座(主任 青柳安誠教授)

劉 楓 橋

A CASE OF CHRONIC INVAGINATION OF
11 YEARS DURATION

by

FENG-CHIAO LIU

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

I have experienced a case of chronic invagination of 11 years duration. The patient was a 11 years and 8 months old boy who had complained of abdominal dilatation and repeated vomiting. In his past history he was said to have suffered from ileus when he was 8 months old. But that time operation was not performed. After that time abdominal dilatation was continuously seen.

Roentgenologically, megacolon ascendens congenita was considered. But at laparotomy, invagination of ileocecal region was found. The shadow of the supposedly megacolon was actually the end of the ileum dilated due to chronic intestinal stenosis. Reduction by von Hutchinson was ineffectual, and, therefore, resection

* 本論文の要旨は第330回京都外科集談会で発表した